

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THESE

N°

344

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Louba GORODETZKY

Ancienne externe des hôpitaux de Paris

Née le 24 décembre 1911 à Leninegrad (U.R.S.S.)

DU ROLE

DE LA

PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE TUBERCULEUSE

DANS L'ÉTILOGIE

DU

MAL DE POTT DE L'ADULTE

Président : M. MATHIEU, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNE

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1938

1. 16

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Louba GORODETZKY

Ancienne externe des hôpitaux de Paris

Née le 24 décembre 1911 à Leninegrad (U.R.S.S.)

DU ROLE

DE LA

PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE TUBERCULEUSE

DANS L'ÉTIOLOGIE

DU

MAL DE POTT DE L'ADULTE

Président : M. MATHIEU, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNE

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1938

LE DOYEN : TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose.....	BEZANCON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	CROUZON.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E) .. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin), Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENEAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-Laryng.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 GUANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LARVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiâ-
 trie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

AGLAVE Pathologie chirurgicale
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER. Pathologie chirurgicale

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgic.
 LE LORIER Obstétrique.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ALAJOUANINE. Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHABROL Clinique médicale.
 FONZELOT Clinique médicale.
 PUVOIR Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.
 PASTEUR-VALLÉRY-RADOT Clinique médicale.

MM.
 SEZARY Clinique médicale.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 BROCC Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 GATELLIER Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU Clinique chirurgicale.
 VELTER Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE..... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 RUPPE..... Stomatologie.
 WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*En témoignage de profonde
affection.*

A Monsieur le Professeur MATHIEU
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
ORTHOPÉDIQUE DE L'ADULTE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL COCHIN
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A Monsieur le Docteur RICHARD
CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE PARIS
CHIRURGIEN-CHEF DE L'HOPITAL
MARITIME DE BERCK

*Qui a bien voulu nous confier ce
travail et nous guider constamment
de ses précieux conseils.*

A Monsieur le Docteur BOUQUIER
ASSISTANT DE L'HOPITAL LANNELONGUE A BERCK

*Qui a inspiré le sujet de cette
thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages :

1931 M. le Professeur SERGENT.

M. le Professeur DELBET.

1932 M. le Docteur RAMOND.

M. le Professeur PROUST (*in memoriam*).

Externat :

1933 M. le Docteur MARTIN.

M. le Professeur NOBÉCOURT.

1934 M. le Professeur COUVELAIRE.

M. le Docteur PARAF.

1935 M. le Docteur RAMOND.

1936 M. le Docteur RICHARD.

1937 M. le Docteur AMEUILLE.

INTRODUCTION

Il est classique, lorsque l'on envisage l'avenir des pleurétiques, de souligner la fréquence des complications qui les menacent.

Complications pulmonaires, qu'il est aujourd'hui banal de citer.

Complications extra-pulmonaires, et en particulier l'évolution d'une tuberculose ostéo-articulaire, ont été également bien souvent signalées.

Ce n'est qu'à Berck, toutefois, dans le service de notre maître M. le Docteur Richard, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe, que notre attention a été attirée sur la fréquence toute particulière des antécédents pleuraux chez les adultes atteints de Mal de Pott.

Lorsque l'on scrute, en effet, le passé de ces malades, on retrouve l'existence d'une pleurésie séro-fibrineuse récente avec une fréquence impressionnante, et qui est loin d'être égalée dans les autres localisations ostéo-articulaires de la tuberculose.

Ces faits nous ont vivement frappé, et nous avons été incité à les préciser.

Nous remercions M. le Docteur Richard qui, en nous confiant ce travail et en nous guidant constamment de ses précieux conseils, nous a permis d'approfondir ces points et de rechercher les motifs de ces constatations : qu'il trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Nous remercions également M. le Docteur Bouquier, qui le premier, nous a signalé les faits qui nous occupent et a inspiré le sujet de notre thèse.

Après avoir établi une statistique portant sur les malades hospitalisés de 1931 à 1937 à l'hôpital Lannelongue (Annexe pour adultes de l'hôpital Maritime de Berck) nous avons cherché à expliquer les résultats trouvés par la disposition anatomique des lymphatiques du thorax.

Enfin, à côté de l'intérêt clinique et pathogénique des faits que nous avons observés, nous avons voulu en souligner l'importance pratique : devant la fréquence de la pleurésie séro-fibrineuse dans l'étiologie du Mal de Pott de l'adulte, nous pensons qu'il faut systématiquement, de même que l'on songe à la possibilité d'une complication pulmonaire, songer à celle d'un Mal de Pott chez tout ancien pleurétique présentant des phénomènes anormaux, et pratiquer assez tôt les examens nécessaires pour le déceler au début.

OBSERVATIONS

Nos observations personnelles ont porté sur les malades hospitalisés au cours de l'année 1936-37 à l'hôpital Lannelongue (Annexe pour adultes de l'hôpital Maritime de Berck).

Parmi eux se trouvaient 59 malades atteints de Mal de Pott : 16 d'entre eux se sont révélés comme d'anciens pleurétiques.

N'ayant pas assisté par nous-même à l'évolution de ces pleurésies, nous n'avons naturellement conservé comme telles que les pleurésies dûment ponctionnées, ou encore celles qui après une histoire clinique caractéristique (durée de 6 semaines, amaigrissement, etc...) ont laissé des séquelles radiologiques évidentes.

Nous avons volontairement éliminé les incidents étiquetés « pleurite », « pleurésie sèche », ou encore les « pleurésies » n'ayant subi ni ponction ni examen radiologique.

Nous citerons *in extenso*, quelques observations se rapportant chacune à une localisation particulière du Mal de Pott. Nous résumerons brièvement les autres. Notons dès maintenant que nous n'avons pas

trouvé, de localisation cervicale chez les pottiques ayant fait une pleurésie auparavant.

Obs. I. — Lem., 24 ans, Pott dorsal.

Le malade, âgé de 24 ans, a été hospitalisé en novembre 1931 à l'hôpital Bichat pour une pleurésie séro-fibrineuse droite.

On a pratiqué une ponction exploratrice, ramenant du liquide citrin, séro-fibrineux. Après une hospitalisation de 2 mois 1/2, le malade est parti 2 mois 1/2 en convalescence à la campagne.

En juin 1934 apparaissent des douleurs lombaires que le malade néglige, les attribuant à son ancienne pleurésie.

En février 1936, devant leur persistance, il consulte à l'hôpital Bichat, où on diagnostique un Pott D9-D10-D11, et où on pratique une greffe d'Albee.

En mai 36, il arrive à Berck, avec un assez bon état général, mais des signes d'irritation médullaire intense qui ont peu rétrocedé depuis.

Obs. II. — Na., 27 ans, Pott dorso-lombaire.

Le malade, âgé de 27 ans, a été hospitalisé en 1932 à la Charité pour une pleurésie séro-fibrineuse droite : une ponction exploratrice a été positive.

Après une hospitalisation de deux semaines, il part en convalescence à la campagne pendant 1 an.

En juillet 1934, insidieusement, sans aucune douleur, apparaît un abcès lombaire droit.

En décembre 1934, il arrive à Berck, où on constate un Pott D12-L1-L2, que l'on greffe en juin 1935.

En avril 1937, après une amélioration progressive, le malade est passé au service des marchants.

Notons la découverte radiologique, en février 1937, d'une ancienne ostéite de la 11^e côte droite.

Obs. III. — F., Ernestine, 36 ans. Pott lombaire.

La malade, âgée de 36 ans, est hospitalisée en octobre 1928 à la Charité pour une pleurésie gauche.

Au cours de son hospitalisation, on fait une ponction exploratrice positive, et cinq thoracentèses.

Après deux mois de traitement, elle quitte l'hôpital sur sa demande, séjourne deux mois au bord de la mer, puis reprend son travail, se sentant très bien.

En janvier 1931 apparaissent des douleurs lombaires, que l'on soigne pendant un an comme un rhumatisme banal.

En février 1932, devant l'inefficacité de ce traitement, elle se fait examiner à l'Hôtel-Dieu, où on diagnostique un Pott L2-L3, et d'où on l'envoie à Berck.

Elle est greffée en mars 32, et présente actuellement une guérison locale parfaite, mais persiste à accuser des douleurs lombaires qui sont restées rebelles à tous les traitements.

Obs. IV. — Ric., 33 ans, Pott lombo-sacré.

Le malade, âgé de 33 ans, a été hospitalisé en octobre 1929 à l'hôpital Necker pour une pleurésie séro-fibrineuse gauche : une ponction exploratrice a été positive.

Après 40 jours d'hospitalisation, il part 10 mois en convalescence.

En novembre 1930, apparaissent des douleurs lombaires qui restent longtemps attribuées à des causes banales, et que l'on néglige jusqu'en septembre 1933, date à laquelle apparaît un abcès sacré droit.

Le malade est hospitalisé à Necker, où on pense à une ostéite de la crête iliaque droite : on autorise la marche ; l'abcès fistulise.

En décembre 1933, on diagnostique un Pott L5-S, et on envoie le malade à Berck, où il arrive porteur de fistules multiples, mais ayant conservé un assez bon état général.

Le 20 décembre 1934 : greffe d'Albee.

En décembre 1935 : les fistules sont taries.

En avril 1936 : passage au service des marchants.

Obs. V. — L., Arsène, Pott à foyers multiples.

En 1932, le malade, âgé de 28 ans, jusque là bien portant, fait une pleurésie gauche.

Il reste 5 mois alité chez lui : pas d'hospitalisation, pas de ponction.

Il prend 1 an de convalescence, mais devant la persistance de douleurs lombaires il subit un examen radioscopique qui montre des séquelles de pleurésie.

Depuis, il continue à souffrir : douleurs lombaires intermittentes qui, en 1934, s'accompagnent d'une phase passagère de troubles de la marche, nécessitant l'usage d'une canne.

En mars 1936 : les douleurs s'accroissent, lombaires, en ceinture, irradiant aux membres inférieurs. Les troubles de la marche réapparaissent : il est bientôt obligé de s'aliter.

En juillet 1936, il consulte à Cochin où on diagnostique un Pott lombaire.

En septembre 1936, il arrive à Berck, porteur de trois foyers de Pott (D6-D7-D8 ; L1-L2 ; L4-L5), avec gros décollement prévertébral.

En outre, on constate un abcès de la F.I.D., un noyau épидидymaire droit, des troubles paraplégiques.

On met le malade en coquille.

En décembre 1936, on constate une évolution nouvelle des lésions : apparition d'un foyer D9-D10.

En janvier 1937, le gros abcès prévertébral provoque des troubles médiastinaux, dyspnée intense que plusieurs tentatives de ponction médiastinale, restées blanches, ne peuvent soulager.

En avril 1937, l'état général est de plus en plus touché.

Obs. VI. — St., 22 ans, Pott dorsal.

Mars 1932 : pleurésie droite soignée chez lui. Pas de ponction, mais une radio ultérieure montre des séquelles de pleurésie.

Février 1933 : paraplégie.

1^{er} juin 1933 : opéré par le Docteur Cl. Vincent (tumeur médullaire ?) : la paraplégie ne régresse pas.

Novembre 1933 : arrive à Berck, où on trouve un Pott D7-D8.

Avril 1935 : Greffe d'Albee.

Avril 1937 : la paraplégie persiste, aucune amélioration.

Obs. VII. — J., Adrienne, 54 ans, Pott dorsal.

Avril 1931 : pleurésie gauche soignée 2 mois à Bicêtre, ponctionnée.

Un mois de convalescence au Vésinet.

Juin 1933 : réapparition de douleurs thoraciques gauches. Plusieurs examens radioscopiques restent négatifs.

Décembre 1933 : apparition d'un abcès lombaire gauche. Hospitalisée à Lariboisière, où on trouve un Pott D11-D12 et où on pratique une greffe d'Albee.

Octobre 1934 : arrive à Berck, où on fait une retouche du greffon.

Septembre 1935 : reprend la marche.

Janvier 1937 : apparition de troubles de compression médullaire et de signes d'infection pulmonaire sans expectoration bacillifère, en rapport avec un gros fuseau médiastinal.

Obs. VIII. — B., Marie, 43 ans. Pott dorso-lombaire.

Mars 1927 : pleurésie gauche non ponctionnée, mais ayant laissé des séquelles radiologiques constatées à la Pitié.

Février 1931 : apparition de douleurs lombaires.

Octobre 1932 : consulte à Tenon, où on trouve un Pott D12-L1, que l'on greffe.

Mai 1933 : arrive à Berck. Fistules multiples.

Avril 1937 : Etat général très précaire. Dégénérescence amyloïde.

Obs. IX. — G., 56 ans. Pott lombo-sacré, plus coxalgie gauche.

Août 1932 : pleurésie gauche soignée à Saint-Joseph (diagnostic radiologique).

Depuis, douleurs lombaires persistantes, puis douleurs sciatiques.

Novembre 1933 : abcès inguinal gauche. Hospitalisé à la Charité, où on diagnostique un Pott L4-L5-S.

Avril 1934 : arrive à Berck, où on fait une greffe d'Albee.

Décembre 1935 : retouche du greffon.

Janvier 1936 : coxalgie gauche sans doute due à l'irruption de l'abcès dans l'articulation.

Octobre 1936 : pont-levis.

Obs. X. — L., Maurice, 47 ans. Pott lombaire, plus coxalgie gauche, plus épididymite bilatérale.

Août 1931 : hospitalisé 6 mois à Laënnec (Service du Professeur Léon Bernard) pour polysérite : épanchements pleuraux bilatéraux, péricardiques, péri-tonéaux.

Ponctions nombreuses : liquide séro-fibrineux, tuberculisant le cobaye.

Août 1932 : épididymite gauche.

Août 1933 : épididymite droite.

Mars 1935 : abcès de la F.I.G.

Avril 1935 : arrive à Berck : Pott L3-L4. Greffe d'Albee.

Janvier 1936 : coxalgie gauche (par irruption de l'abcès dans l'articulation).

Février 1937 : double épididymectomie.

Avril 1937 : fistules multiples, état général médiocre.

Obs. XI. — Lef., Juliette, 25 ans. Pott dorsal.

Mars 1932 : pleurésie droite ponctionnée : hospitalisée 4 mois à Larihoisière. 1 mois de convalescence.

Juillet 1933 : accouchement normal à terme.

Août 1933 : T.B. de la tibio-tarsienne droite.

Janvier 1934 : trochantérite gauche.

Juillet 1935 : Pott D7-D8, diagnostiqué à la Pitié, d'où on l'envoie à Berck. Greffe d'Albee.

Avril 1937 : bon état général et local.

Obs. XII. — B., Raymonde, 29 ans. Pott lombosacré.

1922 : pleurésie droite soignée à Cochin de juillet à octobre 22.

Juillet 31 : abcès lombaire. Consulte à Cochin où on constate un Pott L12-S.

Juillet 32 : nouvel abcès de la F.I.D.

Octobre 32 : arrive à Berck. Ostéosynthèse.

Novembre 33 : part à Paris sur sa demande.

Novembre 34 : revient à Berck avec un mauvais état général, des fistules multiples, une température hectique.

Octobre 34 : débridement de l'abcès de la F.I.D.

Avril 37 : fistules multiples. Dégénérescence amyloïde.

Obs. XIII. — G., Madeleine, 35 ans. Pott dorso-lombaire.

1928 : Pleurésie gauche soignée à Beaujon.

1929 : Abscès de la F.I.G. Pott D12-L1, soigné 3 ans à Dinard par plâtres et ponctions.

1932-35 : reprise de la vie normale.

1935 : rechute *in situ*. Consulte à Beaujon, où elle est greffée en septembre 35.

Janvier 36 : arrive à Berck.

Juin 36 : part sur sa demande, refusant une retouche d'ostéosynthèse pour fracture du greffon.

Obs. XIV. — B., Louise, 40 ans. Pott lombo-sacré, plus sacro-iliaque gauche.

Janvier 1931 : pleurésie droite soignée à Broussais. Depuis, douleurs lombaires persistantes.

Janvier 1932 : consulte à Lariboisière, où on découvre un Pott L12-S.

Mars 32 : arrive à Berck. Pott L12-S plus sacro-iliaque gauche.

Juin 32 : ostéosynthèse.

Depuis, amélioration progressive.

Avril 37 : guérison locale et bon état général mais persistance de douleurs lombaires et sciatiques rebelles à tous les traitements.

Obs. XV. — M., Alice, 35 ans. Pott lombaire.

1925 : pleurésie gauche soignée chez elle, ponctionnée.

Se sent très bien jusqu'en 1932. A ce moment, reprise de douleurs lombaires. Devant leur persis-

tance, on pratique une radiographie qui montre un Pott L3-L4.

Septembre 32 : arrive à Berck. Ostéosynthèse.

Depuis, amélioration progressive.

Avril 37 : guérison locale et très bon état général.

Obs. XVI. — M., Jeannine, 27 ans. Pott lombaire.

1932 : pleurésie droite soignée chez elle. Pas de ponction.

1933 : apparition de douleurs dorsales et lombaires. Un examen radiologique montre des séquelles de pleurésie.

1934 : arrive à Berck, où on constate un Pott L2-L3. Ostéosynthèse.

Avril 1937 : Guérison sans incidents.

1931

1 G., François, 48 ans :

Janvier 1927 : pleurésie gauche. Août 1928 : Pott L2-L3. Août 1931 : exeat : contre-indications pulmonaires.

2 G... Jeanne, 30 ans :

1924 : pleurésie gauche. Février 29 : Pott D12-L1. Avril 31 : exeat (contre-indications pulmonaires).

- 3 C... Camille, 24 ans.

Août 28 : pleurésie droite. Octobre 29 : Pott L5-S.

Mai 31 : part sur sa demande.

- 4 M... Paul, 41 ans.

1. Mars 28 : pleurésie gauche. Février 30 : Pott D5 et D7-D10 + TB tibio-tarsienne droite. Avril 31 : décès.

- 5 P... Claude, 71 ans.

1928 : pleurésie gauche. Janvier 30 : Pott D7-D9 et L3-L5. Janvier 31 : décès.

- 6 F... Marie-Louise, 33 ans.

Décembre 28 : pleurésie droite. Décembre 29 : Pott L4-S. Mai 1931 : exeat autorisé.

- 7 V... Blanche, 51 ans.

Mars 28 : pleurésie gauche. Septembre 29 : Pott D9-D10. Juillet 31 : exeat sur sa demande.

- 8 D... Henriette, 47 ans.

1920 : pleurésie. Août 1925 : Pott L3-L4 ; Sept. 31 : exeat autorisé.

- 9 V... Jean, 23 ans.

Mai 29 : pleurésie Mars 31 : Pott L4-L5. Novembre 31 : exeat sur sa demande.

1932

- 1 L... René, 19 ans.

1927 : pleurésie gauche. Novembre 1930 : Pott L1-L2. Août 32 : décès.

2 G... Louis, 49 ans.

1928 : pleurésie gauche. Avril 30 : Pott L3-S.

Septembre 32 : exeat sur sa demande.

3 G... Marie, 28 ans.

1927 : pleurésie. Juin 20 : Pott D10-11-12. Dé-

cembre 31 : exeat sur sa demande.

4 P... Louise, 29 ans.

Mars 1925 : Fernet-Boulland. Mars 27 : Pott L4-

L5. Mars 32 : exeat sur sa demande, en très mauvais état.

5 G... Yvonne, 29 ans.

1927 : pleurésie gauche. 1928 : Pott D11-D12.

Novembre 30 : coxalgie droite. Mars 32 : décès.

6 H... Edmond, 35 ans.

1928 : pleurésie gauche. Février 31 : Pott D12-

L1. Avril 32 : exeat autorisé.

7 B... Colombré, 27 ans.

1926 : pleurésie gauche. Février 31 : Pott D9-D10

Avril 32 : décès par septicémie à streptocoques.

8 V... Louise, 43 ans.

Février 30 : pleurésie. Octobre 30 : Pott D11-D12.

Août 32 : exeat autorisé.

9 S... Jeanne, 20 ans.

1929 : pleurésie. Octobre 31 : Pott L2-L3. Mai 32 :

exeat autorisé.

10 F... Louis, 36 ans.

1927 : pleurésie gauche. Juin 30 : Pott D9-D11.
Novembre 32 : exeat (contre-indications pulmonaires).

11 G... Jean, 31 ans.

1922 : pleurésie gauche. 1927 : Pott D9-L2. Novembre 32 : décès.

12 C... Ernest, 36 ans.

1928 : pleurésie. Juin 31 : Pott D12-L1. Décembre 32 : exeat autorisé.

13 M... Fernand, 22 ans.

Décembre 29 : pleurésie droite. Octobre 31 : Pott L4-S. Mai 31 : décès par granulie.

1933

1 L... Marie, 30 ans.

Septembre 30 : pleurésie. Juin 31 : Pott D11-D12.
Juin 33 : exeat autorisé.

2 T... Roland, 22 ans.

1928 : pleurésie. Décembre 31 : Pott D10-D11.
Mai 33 : exeat autorisé

3 P... Louis, 23 ans.

1927 : pleurésie. Octobre 28 : Pott D11-D12 ;
D6-D7 ; L4-L5. Septembre 33 : exeat autorisé.

4 J... Germaine, 26 ans.

1930 : pleurésie. Décembre 31 : Pott L5-S. Août
33 : exeat autorisé.

5 B... Suzanne, 25 ans.

1926 : pleurésie double. Juin 32 : Pott L1-L2.

Septembre 33 : exeat autorisé.

6 T... Marie, 27 ans.

1924 : pleurésie. Septembre 32 : Pott L3-L5.

Septembre 33 : exeat autorisé.

7 D... Roger, 20 ans.

Février 1930 : pleurésie droite. Février 32 : Pott

L4-L5. Octobre 33 : exeat autorisé.

8 P... Rosa, 28 ans.

1924 : pleurésie. 1930 : Pott D9-D10 ; L3-L4.

Décembre 33 : exeat autorisé.

9 G... Antonio, 35 ans.

1927 : pleurésie double. Août 31 : Pott L2-L3.

Janvier 33 : exeat autorisé.

10 P... Ernest, 17 ans.

Octobre 1932 : pleurésie. Août 33 : Pott D11-D12.

Décembre 33 : décès par tuberculose pulmonaire.

1934

1 Z... Georges, 18 ans.

1930 : pleurésie. Mars 33 : Pott D9-D10 ; L1-L2.

Mai 34 : décès.

2 L... Antoine, 26 ans.

1929 : pleurésie. Décembre 33 : Pott L5-S. Août

34 : exeat sur sa demande.

3 J... Gaston, 46 ans.

Juillet 30 : pleurésie droite. Juillet 33 : Pott D9-D11. Novembre 34 : décès.

4 S... Roger, 33 ans.

1929 : pleurésie. Avril 32 : Pott L3-L4. Septembre 34 : exeat autorisé.

5 F... Jeanne, 21 ans.

Septembre 30 : pleurésie. Décembre 31 : Pott L1-L2. Novembre 32 : TB du coude. Novembre 34 : exeat autorisé.

6 F... Joseph, 61 ans.

1915 : pleurésie droite. 1930 : Pott D10-D11. Août 1934 : exeat autorisé.

7 E... Nicolas, 56 ans.

Juin 32 : pleurésie. Septembre 32 : Pott D8-D9. Août 34 : exeat autorisé.

8 G... Auguste, 23 ans.

1929 : pleurésie gauche. Mai 33 : Pott L5-S. Avril 34 : exeat autorisé.

1935

1 G... Irma, 35 ans.

1917 : pleurésie. 1931 : Pott D11-D12. Décembre 34 : exeat sur sa demande.

2 D... Just., 28 ans.

1918 : pleurésie gauche. 1931 : Pott L3-L5. Mars 35 : exeat autorisé.

3 D... Andrée, 25 ans.

1929 : pleurésie droite. 1932 : Pott L5-S. Mars 35 :
exeat autorisé.

4 J... Pierre, 51 ans.

Janvier 31 : pleurésie gauche. Avril 32 : Pott
L2-L4. Mars 35 : exeat sur sa demande.

5 L... Louis, 52 ans.

1928 : pleurésie gauche. 1930 : Pott D12-L2.
Mai 35 : décès.

6 D... Marc, 32 ans.

1919 : pleurésie. 1931 : Pott D12-L1 ; L3-L4.
Juin 35 : exeat autorisé.

7 D... Alice, 35 ans.

Janvier 34 : pleurésie. Mars 34 : Pott D6-D8.
Avril 35 : exeat autorisé.

8 P... Louis, 31 ans.

1930 : pleurésie. 1934 : Pott L3-L4. Septembre 35
exeat (contre-indications pulmonaires).

9 G... Martin, 32 ans.

Avril 31 : pleurésie gauche. Novembre 34 : Pott
D9-L1. Octobre 35 : exeat (troubles mentaux).

10 N... Georges, 38 ans.

1920 : pleurésie. 1924 : Pott D12-L1 ; D8-D9.
Avril 35 : exeat sur sa demande.

11 D... Georges, 38 ans.

Décembre 31 : Fernet-Boulland. Décembre 34 :
Pott D11-D12. Avril 35 : exeat sur sa demande.

12 C... Auguste, 48 ans.

Février 32 : pleurésie gauche. Septembre 33 :
Pott D11-D12. Avril 34 : pleurésie droite. Juillet
35 : exeat pour lésions pulmonaires.

13 R... Henri, 50 ans.

1900 : pleurésie. 1901 : Pott D. 1920 : rechute
de Pott D et L. Juillet 35 : exeat autorisé.

14 K... Isaac, 40 ans.

1919 : pleurésie droite. 1927 : Pott. Mars 35 :
exeat pour tuberculose rénale.

15 H... René, 32 ans.

Avril 32 : pleurésie gauche. Août 34 : Pott L2-L3.
Septembre 35 : sort sur sa demande.

1936

1 J... Marcel, 24 ans.

1931 : pleurésie droite. Novembre 35 : Pott D12-
L2. Mars 36 : pleurésie gauche. Janvier 37 : exeat
pour lésions pulmonaires.

2 B... Jeanne, 25 ans.

1931 : pleurésie gauche. Janvier 33 : Pott L2-L3.
Mars 36 : exeat autorisé.

3 G... Madeleine, 35 ans.

1928 : pleurésie gauche : 1928 : Pott D12-L1 1933 :
rechute de Pott. Août 36 : exeat sur sa demande.

4 D... Marcel, 35 ans.

1931 : pleurésie gauche. Mai 33 : TB. du coude gauche. Septembre 33 : Pott L5-S. Juin 36 : décès par péritonite tuberculeuse.

5 C... Dumoulin, 54 ans.

Juin 34 : pleurésie droite. Mai 36 : Pott L + coxalgie droite + épидидymite bilatérale. Octobre 36 : décès.

6 P... Georgette, 31 ans.

1924 : pleurésie droite. Décembre 32 : Pott L4-S. Octobre 34 : Pott D12-L1. Janvier 36 : exeat autorisé.

7 M... Germaine, 30 ans.

Février 30 : pleurésie gauche. Juin 34 : Pott L4-L5. Mars 36 : exeat autorisé.

8 P... Lucienne, 31 ans.

Décembre 31 : pleurésie. Mars 34 : Pott L3-L4. Mars 36 : exeat autorisé.

9 T... Armand, 32 ans.

1923 : pleurésie gauche. Mai 36 : Pott D8-D10 ; D12-L2. Décembre 36 : exeat sur sa demande.

10 D... Autaire, 22 ans.

1932 : pleurésie droite. Novembre 34 : Pott L5-S. Mai 36 : exeat autorisé.

STATISTIQUES

Nos statistiques portent d'une part sur les antécédents pleurétiques des malades atteints de mal de Pott, d'autre part sur ceux des malades atteints d'une autre tuberculose ostéo-articulaire.

Nous avons pu ainsi comparer leur fréquence respective.

Nos recherches ont porté sur une durée de 6 ans (1931-37), et nous y distinguerons deux périodes : l'une a trait à l'année 1936-37, époque à laquelle nous étions externe à l'hôpital Lannelongue de Berck, et où nous avons pu interroger nous-même les malades.

L'autre comporte les années 1931-36, où nous ne disposions pour toute anamnèse que des dossiers des anciens malades.

Nous avons fait ensuite une moyenne des résultats ainsi trouvés.

Enfin, après avoir précisé les différentes localisations des maux de Pott apparus à la suite d'une pleurésie, nous avons cherché à établir la durée de l'intervalle qui sépare ces deux affections.

Statistique de fréquence

1936-37 :

Pott 59	16 pleurésies	= 27%
Autres localisations 90 ..	6 pleurésies	= 6,6%

1931-36 :

Pott 519	65 pleurésies	= 12,5%
Autres localisations 701 .	40 pleurésies	= 5,7%

Moyenne 1931-37 :

Pott 578	81 pleurésies	= 14%
Autres localisations 791 .	46 pleurésies	= 5,8%

1936-37 :

Maux de Pott

59 Pott	16 pleurésies
---------------	---------------

Autres localisations

Au total 90	6 pleurésies
-------------------	--------------

à savoir :

5 tuberculoses à foyers multiples	1 pleurésie
28 coxalgies	2 pleurésies
8 sacro-iliaques	1 pleurésie
12 T.B. du genou	0
11 T.B. du pied	1 pleurésie
5 scapulalgies	0
11 T.B. du coude	0
4 T.B. du poignet	0
6 ostéites diverses	1 pleurésie

(en rapport avec une ostéite costale).

1931-36 :

Maux de Pott

519 Pott 65 pleurésies

à savoir :

1931 : 88 Pott 9 pleurésies

1932 : 94 — 13 —

1933 : 75 — 10 —

1934 : 92 — 8 —

1935 : 98 — 15 —

1936 : 72 — 10 —

Autres localisations

Au total 701 40 pleurésies

à savoir :

54 tuberculoses à foyers multiples 4 pleurésies

219 coxalgies 7 pleurésies

18 sacro-iliaques 1 pleurésie

122 T.B. du genou 6 pleurésies

69 T.B. du pied 5 pleurésies

35 scapulalgies 4 pleurésies

30 T.B. du coude 1 pleurésie

28 T.B. du poignet 2 pleurésies

126 ostéites diverses 10 pleurésies

(dont 7 en rapport avec une ostéite costale).

Statistique de localisation

En résumé :

Pour 578 Pott 81 pleurésies qui ont donné

21 Pott dorsaux.

12 — dorso-lombaires.

24 — lombaires.

13 — lombo-sacrés.

11 — à foyers multiples.

0 — cervical.

Notons encore une fois l'absence de localisation cervicale.

Détail des années :

1931 — 88 Pott..... 9 pleurésies.

1 Pott D.

1 — D.L.

3 — L.

2 — L.S.

2 — à 2 foyers.

1932 — 94 Pott 13 pleurésies.

5 Pott D. (dont 1 plus coxalgie)

3 — D.L.

4 — L.

1 — L.S.

1933 — 75 Pott 10 pleurésies.

3 Pott D.

4 — L.

1 — L.S.

1 — à 2 foyers.

1 — à 3 foyers

1934 — 92 Pott 8 pleurésies

3 Pott D.

2 — L.

2 — L.S.

1 — à 2 foyers.

1935 — 98 Pott 15 pleurésies.

5 Pott D.

3 — D.L.

4 — L.

1 — L.S.

2 — à 2 foyers.

1936 — 72 Pott 10 pleurésies

2 Pott D.

3 — L. (dont 1 + coxalgie).

2 — L.S.

3 — à 2 foyers.

1937 — 59 Pott 16 pleurésies.
4 Pott D.
3 — D.L.
4 — L. (dont 1 + coxalgie + épididymite
bilatérale).
4 — L.S.
1 — à 4 foyers.

Statistique de la date d'apparition

Chez les 65 pottiques (anciens pleurétiques) hospitalisés de 1931 à 1936 :

21 Pott sont apparus 1 an après la pleurésie

21	—	—	2 ans	—	—
5	—	—	3 ans	—	—
6	—	—	4 ans	—	—
3	—	—	5 ans	—	—
3	—	—	6 ans	—	—
1	—	—	7 ans	—	—
1	—	—	8 ans	—	—
1	—	—	10 ans	—	—
1	—	—	13 ans	—	—
2	—	—	15 ans	—	—

Chez les 16 pottiques (anciens pleurétiques) hospitalisés en 1936-37 :

3 Pott sont apparus 1 an après la pleurésie

6	—	—	2 ans	—	—
3	—	—	3 ans	—	—
2	—	—	4 ans	—	—
1	—	—	7 ans	—	—
1	—	—	9 ans	—	—

Au total, chez les 81 pottiques (anciens pleurétiques) hospitalisés de 1931 à 1937 :

24 Pott sont apparus 1 an après la pleurésie

27	—	—	2 ans	—	—
8	—	—	3 ans	—	—
8	—	—	4 ans	—	—
3	—	—	5 ans	—	—
3	—	—	6 ans	—	—
2	—	—	7 ans	—	—
1	—	—	8 ans	—	—
1	—	—	9 ans	—	—
1	—	—	10 ans	—	—
1	—	—	13 ans	—	—
2	—	—	15 ans	—	—

* * *

Si nous examinons de plus près ces statistiques, nous voyons que 27 % des pottiques hospitalisés en

1936-37, soit plus du $1/4$, avaient présenté auparavant une pleurésie séro-fibrineuse.

Si nous envisageons la période globale 1931-37 (et nous rappelons qu'ici nos statistiques, faute d'une anamnèse toujours suffisante, ont forcément été moins précises), nous trouvons 14 % d'anciens pleurétiques, soit $1/7$.

Par contre, parmi les malades atteints d'une autre lésion ostéo-articulaire, les anciens pleurétiques ne sont qu'au nombre de 6,6 % soit $1/15$ en 1936-37, et de 5,8 %, soit $1/17$, de 1931 à 1937.

Ces chiffres nous paraissent extrêmement éloquents et montrent bien l'importance qu'il faut attribuer à la pleurésie séro-fibrineuse dans l'étiologie du mal de Pott.

Si en effet, les autres localisations ostéo-articulaires post-pleurétiques ne nous paraissent nullement négligeables, il est bien évident que le mal de Pott, par sa fréquence toute particulière, doit être mis de loin au premier rang, et demeurer toujours présent à l'esprit du clinicien.

Quand apparaît-il ? Quel intervalle le sépare de la pleurésie qui l'a précédé ?

Sur les 16 cas que nous avons constatés personnellement au cours de l'année 1936-37, 9 sont apparus dans les 2 années qui ont suivi la pleurésie, ce qui constitue 56 %.

Sur les 81 cas de la liste globale 1931-37, c'est 51 cas, soit 63 %, que nous trouvons pour la même période.

Il semble bien que les deux années qui suivent la pleurésie, et particulièrement la deuxième, soient les plus riches en localisations rachidiennes.

La troisième et la quatrième année qui succèdent à la pleurésie, quoique moins fertiles, fournissent encore un taux important : 31 % des malades de 1936-37 ; 20 % de la liste de 1931-37.

Passé la quatrième année, par contre, les Pott post-pleurétiques se raréfient, et nous pensons que le rôle de la pleurésie n'est plus à retenir dans l'étiologie des maux de Pott survenus 10, 15 ans après elle.

Les statistiques que nous avons trouvées dans la littérature médicale ne portent pas sur le mal de Pott, mais sur la tuberculose osseuse post-pleurétique en général. Elles nous fournissent des résultats comparables aux nôtres.

En 1925, Brelet attire l'attention sur l'avenir des pleurétiques, et cite, sur 37 malades, 13,5 % de localisations ostéo-articulaires ultérieures (*Bulletins et mémoires de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, janv. 1925).

En 1926, Limbour étudie le même sujet, et cite 14 cas de tuberculose ostéo-articulaire survenant après une pleurésie (*L'avenir des pleurétiques*, thèse de Paris, 1926).

En 1930, J. Stiassnié insiste également sur les

complications de la pleurésie séro-fibrineuse, et cite un cas de mal de Pott survenu 18 mois après un épanchement pleural (*Revue de la tuberculose*, avr. 1930).

En 1931, Goumet fait une thèse sur les antécédents pleuraux dans les arthrites et synovites tuberculeuses, leur valeur séméiologique et pronostic (thèse de Lyon 1931).

Sur 100 malades, il relève 20 anciens pleurétiques, soit $1/5$, ce qui constitue un taux aussi important que dans la tuberculose pulmonaire post-pleurétique. Pour lui, la durée moyenne d'apparition est d'un peu plus de 2 ans.

En 1934, Paltrinieri étudie les rapports de la tuberculose ostéo-articulaire et de la tuberculose pleuro-pulmonaire (*Chirurgia degli organi di movimento*, oct. 1934, t. 19, p. 395-416).

Ses statistiques personnelles comportent 33,61 % de malades ayant fait 1 à 3 ans auparavant une atteinte pleurale (contre 11,66 % seulement d'atteintes pulmonaires).

Une deuxième statistique du même auteur, faite à l'Institut Rizzoli, montre 32,95 % d'anciens pleurétiques chez les sujets traités dans cet établissement.

Paltrinieri insiste sur la fréquence particulière de ces antécédents dans les localisations vertébrales et costales de la tuberculose.

Ces faits étant acquis, l'importance de la pleurésie

séro-fibrineuse dans l'étiologie du mal de Pott étant démontrée, nous avons recherché si cet antécédent influait sur le pronostic du Pott qui lui succède.

Nous n'avons pu, faute d'un laps de temps suffisant, faute aussi d'avoir pu suivre les malades après leur sortie de l'hôpital Lannelongue, réunir d'arguments statistiques assez précis pour nous permettre une conclusion rigoureuse.

Les 65 observations que nous avons relevées de 1931 à 1936, comportent 30 guérisons, 13 décès, et 22 résultats incertains, ces malades ayant quitté le service sans attendre une guérison clinique réelle.

Pour nos 16 malades de 1936-37, nous notons :

7 guérisons (obs. II, III, IV, XI, XIV, XV, XVI).

1 guérison après rechute (obs. XIII).

1 guérison après complication par coxalgie (obs. IX).

3 cas de suppurations prolongées, polyfistuleuses, entraînant une dégénérescence amyloïde (obs. VIII, X, XII).

2 paraplégies graves avec escarres et troubles sphinctériens prononcés (obs. I et VI).

1 paraplégie discrète avec infection médiastinale (obs. VII).

L'opinion du Docteur Richard, avec un recul de 19 années et de très bons résultats d'ensemble d'ostéosynthèse du mal de Pott, est qu'il n'y a pas de comparaison possible au point de vue valeur sociale, reprise

de l'activité, entre un pottique qui a eu une pleurésie et celui qui n'en a pas eu, le pronostic lointain étant infiniment plus favorable chez ce dernier. Au cours de l'évolution même du mal de Pott, la mortalité paraît plus élevée, les fistules et les longues suppurations semblent plus fréquentes chez les anciens pleurétiques.

PATHOGÉNIE

Une étude pathogénique approfondie des faits qui nous occupent ne saurait entrer dans le cadre de cette thèse.

Aussi nous contenterons-nous de citer les principales théories en présence.

Que l'on invoque un envahissement des vertèbres par contiguïté avec la plèvre ;

Que l'on envisage (et c'est une hypothèse qui a été souvent faite) une propagation par voie sanguine ;

Ou encore que l'on soutienne le rôle de la voie lymphatique.

Ce dernier a été longuement étudié par R. Kaufmann, aussi bien dans sa thèse (Paris, 1931 : *Pathogénie des abcès froids thoraciques*), que dans divers articles parus dans les *Annales d'anatomie pathologique* (janv. 1936), dans le *Bulletin de la soc. de méd. de Paris* (mai 1935) et à la *Société anatomique de Paris* (nov. 1930, juin 1931, mai 1933).

Nous ne saurions mieux faire que de citer, en en résumant les passages essentiels, l'étude de R. Kaufmann, sur l'anatomie pathologique et la pathogénie

du mal de Pott (*Annales d'anatomie path.*, janv. 1936, p. 81-82).

« Quand on dissèque une chaîne lymphatique envahie par la tuberculose, on reconnaît de nombreuses traces de carie superficielle qui marquent la surface des os, au point où elle entre en contact avec des ganglions caséux : il n'y a à ce stade aucune traduction clinique.

Plus tard, la fonte caséuse peut envahir l'os plus profondément : c'est une carie ulcéreuse profonde, donnant des signes cliniques et radiologiques.

Aussi il faut éviter de tomber dans l'erreur de Lannelongue et Ménard, qui font succéder la lésion superficielle à la lésion profonde.

Pour Kaufmann, après avoir étudié l'abcès froid thoracique, la tuberculose sternale, celle de la gaine des droits de l'abdomen, tous secondaires à une adénite, l'étude des altérations osseuses du mal de Pott l'amène à conclure que la carie superficielle, contiguë à l'adénopathie, est la clef de la pathogénie du Pott.

A l'autopsie des pottiques, les lésions les plus manifestes atteignent les masses latérales *contiguës aux ganglions caséifiés qui drainent la plèvre*.

On trouve toujours un ganglion caséux très exactement niché dans l'ulcération de l'os.

Donc, l'ostéite atteint l'os par la surface qui touche les parties molles caséifiées. Jamais elle n'est centrale,

jamais elle n'est isolée dans une coque saine, jamais elle n'est isolée du manchon caséeux.

La carie ulcéreuse profonde est une complication tardive, due à l'envahissement de l'os par des fongosités contiguës, et favorisée par des actions mécaniques accessoires.

Donc, si on voit à la radio un fuseau, un pincement mais des corps vertébraux encore intacts, c'est qu'il y a adénite, manchon caséeux péri-vertébral, c'est-à-dire arthrite mais non encore ostéite.

Kaufmann propose de résumer les lésions du Pott en 3 stades successifs :

1° Tuberculisation des amas lymphoïdes péri-vertébraux ; carie superficielle et diffuse par contact.

2° Immersion de toutes les faces du corps d'une vertèbre par un manchon fongueux : ramollissement de l'os, tumeur blanche et carie ulcéreuse profonde.

3° Tuberculome adjacent à une destruction osseuse étendue ; accidents mécaniques surajoutés.

La théorie de l'ostéite par contact avec un ganglion caséifié est compatible avec la clinique :

plusieurs malades opérés d'abcès froids thoraciques ont fait quelques mois après la guérison opératoire de celui-ci, et *dans le segment vertébral correspondant aux lymphatiques collecteurs de l'adénite opérée, un mal de Pott.*

En voici l'explication :

Après pleurésie —> adénopathie intercostale —> abcès froid thoracique : opéré —> des ganglions caséux sont restés dans le segment vertébral collecteur de l'abcès froid opéré —> contact osseux —> carie d'une vertèbre —> Pott.

Le fuseau radiologique : c'est l'ombre des ganglions abcédés : noter qu'il précède souvent l'image d'ostéite.

L'abcès résiduel : c'est une poussée évolutive de tuberculose en plusieurs points de la chaîne lymphatique dorso-lombo-iliaque.

Comparables aux ulcérations du Pott sont celles que peut causer la maladie de Hodgkin, ou l'anévrisme aortique.

Il faut donc cesser de plaider la cause de la tuberculose embolique : si elle l'était ses localisations seraient impartiales dans leur topographie ; on ne trouverait pas une ulcération siégeant toujours à la surface de l'os.

Or, on n'a jamais montré de caverne centrale ».

La disposition des lymphatiques de la plèvre, des lymphatiques intra-thoraciques pariétaux, des lymphatiques justa-vertébraux (voir l'ouvrage de Rouvière : *Les lymphatiques*) Masson éditeur (1932) est à l'appui des théories de Kaufmann : les connexions des lymphatiques de la plèvre et des lymphatiques vertébraux y sont clairement montrées.

Il est, de plus, frappant de noter que parmi nos maux de Pott post-pleurétiques, il ne s'en trouvait pas de cervical, et que les lymphatiques du cou, en effet, ne drainent pas ceux de la plèvre.

DÉDUCTIONS

Quelle que soit la voie de propagation invoquée, il ne nous appartient pas de conclure.

Ce n'est pas là, d'ailleurs, que réside pour nous l'intérêt majeur de cette question.

Le fait vraiment important, celui que la clinique ne cesse d'observer, c'est l'apparition d'un mal de Pott survenant après une pleurésie séro-fibrineuse, dans un délai d'environ 2 ans.

Quelle que soit la voie d'invasion, ce fait est là, c'est lui qu'il faut retenir.

Son extrême fréquence fait que dans une arthrite vertébrale d'origine incertaine, la notion d'un antécédent pleurétique prend presque la valeur d'un argument étiologique certain.

Devant les chiffres impressionnants que nous avons trouvés (plus du 1/4 des pottiques hospitalisés en 1936-37), nous pensons qu'il faut suivre les pleurétiques avec le plus grand soin, surtout dans les 2 années qui suivent leur maladie. On les surveillera donc non seulement au point de vue pulmonaire, comme il est maintenant banal de le faire, mais au même titre, et

avec une attention égale, au point de vue rachidien.

Nous avons vu (voir nos observations) combien d'erreurs ont été faites faute d'un examen suffisamment poussé, faute surtout d'avoir pensé à la possibilité d'un mal de Pott : Pott au début qui ont passé pour des rhumatismes banaux, pour des « douleurs intercostales », pour des « adhérences pleurales », et qu'après un examen pulmonaire naturellement négatif on négligeait ou traitait par de petits moyens (rayons UV, liniments, frictions), inefficaces et même dangereux puisqu'à l'abri de ces traitements palliatifs on laissait évoluer un Pott que le manque d'immobilisation aggravait rapidement, et qui finissait par se révéler avec évidence par un abcès ou une paraplégie.

Nous croyons que ces erreurs pourraient être évitées si l'on avait toujours et systématiquement le diagnostic de mal de Pott présent à l'esprit devant tout sujet ayant eu une pleurésie et présentant des phénomènes morbides inexpliqués.

Ce sont des malades qui *souffrent*, soit qu'ils n'aient jamais cessé de souffrir après leur pleurésie, soit plus souvent qu'après une période de silence plus ou moins longue ils aient présenté à nouveau des « points de côté », des « douleurs intercostales » dorsales ou lombaires, qui doivent immédiatement attirer l'attention du médecin.

On ne saurait dès lors se contenter d'un diagnostic

paresseux : de même que la notion d'un antécédent pleurétique déclanche automatiquement un examen pulmonaire complet, de même elle doit, surtout si ce dernier a été négatif, faire pousser plus loin les investigations et les orienter vers le rachis. Un examen clinique orienté dans ce sens, des radiographies rachidiennes de face et de profil, pourront alors déceler le début d'un mal de Pott et les sanctions qu'il entraîne : une immobilisation rigoureuse dont la précocité sera un facteur de la réussite du traitement.

CONCLUSIONS

I. — La fréquence des antécédents pleurétiques chez les adultes atteints de mal de Pott est considérable. Chez les pottiques hospitalisés à l'hôpital Lannelongue (annexe pour adultes de l'hôpital Maritim de Berck) :

au cours de l'année 1936-37 : 27 % d'anciens pleurétiques.

au cours de l'année 1931-36 : 14 % d'anciens pleurétiques.

II. — La fréquence de cet antécédent n'est nullement comparable dans les autres tuberculoses ostéo-articulaires de l'adulte.

Chez ces malades :

au cours de l'année 1936-37 : 6,6 % d'anciens pleurétiques.

au cours de l'année 1931-36 : 5,8 % d'anciens pleurétiques.

III. — La pleurésie séro-fibrineuse nous paraît donc jouer un rôle important dans l'étiologie du mal de Pott de l'adulte.

IV. — Celui-ci apparaît en règle générale dans les 2 ans qui suivent la pleurésie.

Il est encore fréquent au cours de la 3^e et de la 4^e année.

Passé ce délai, il ne semble pas que l'on puisse retenir le rôle de la pleurésie dans l'apparition d'un mal de Pott.

V. — La notion d'un antécédent pleurétique aggrave le pronostic du Pott qui lui succède.

VI. — Sans choisir parmi les diverses interprétations pathogéniques données jusqu'ici, nous attribuons une place importante à la voie lymphatique, nous basant pour cela sur les travaux de R. Kaufmann.

VII. — Etant donné la fréquence des maux de Pott survenant chez d'anciens pleurétiques, la constatation chez ces sujets de phénomènes anormaux, et particulièrement de points de côté, de douleurs dorsales ou lombaires, devra déclancher systématiquement, et au même titre qu'un examen pulmonaire, des investigations rachidiennes qui permettront un traitement d'autant plus efficace que le diagnostic aura été plus précoce.

Vu :
le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu :
Le Président de thèse
MATHIEU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Bezançon (F.).** — *Avenir et traitement des pleurétiques*,
« *Journal des praticiens* », Paris, 1926, p. 449-451.
- Bezançon et Weil.** — *Les antécédents des pleurétiques*,
« *Annales de médecine* », avril 1927.
- Brelet.** — *L'avenir des pleurétiques*, « *Bulletins et mémoires de la Soc. méd. des hôpitaux Paris* », 1925,
p. 67-69.
- Clavel et Goumet.** — *Antécédents de pleurésie séro-fibrineuse en tuberculose articulaire et synoviale ; valeur sémiologique et pronostic*, « *Lyon médical* », oct. 1933, p. 432-436.
- Goumet.** — Thèse de Lyon, 1931.
- Kaufmann (R.).** — *Pathogénie des abcès froids du thorax*,
« *Annales d'anatomie pathologique* », 6 nov. 1930,
p. 1002-1003.
- *Adénite tuberculeuse de la chaîne mammaire interne*,
« *Annales d'anatomie pathologique* », 4 juin 1931,
p. 634-641.
- *De l'abcès froid thoracique*, « *Annales d'anatomie pathologique* », 5 mai 1933, p. 541-554.
- Thèse de Paris, 1931.
- *Anatomie pathologique et pathogénie des abcès froids du thorax et du mal de Pott*, « *Bulletin de la Soc. de méd. Paris* », 10 mai 1935.

— *Anatomie pathologique et pathogénie du mal de Pott*,
« *Annales d'anatomie pathologique* », janv. 1936,
p. 81-92.

Limbour. — Thèse de Paris, 1926.

Paltrinieri. — *Tuberculosi osteo-articolare e tuber-*
culosi pleuro-pulmonare, « *Chirurgia degli organi di*
movimento », oct. 1934, t. XIX, p. 395-416.

Rouvière. — *Les lymphatiques*, Masson éditeur (1932).

Strasser. — *Tuberculosi costale*, « *Archivio di medicina*
e chirurgia », févr. 1933, A. II, n. 1., p. 143-149.

Stiassnié. — *Pronostic de la pleurésie séro-fibrineuse*,
« *Revue de la tuberculose* », avril 1930, p. 407-424.

Troisier, Bariety et Gabriel. — *Adénopathie trachéo-*
bronchique avec infiltration caséuse du X, et Pott
D2-D3, « *Société médicale des hôpitaux* », 29 juill.
1934, p. 1092-1096.

